

Bảng 6. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng chống bệnh dại

Thực hành Kiến thức	TH chưa tốt		TH tốt		Tổng số	p
	SL	%	SL	%		
KT chung chưa tốt	114	59,7	77	40,3	191	<0,001
KT chung tốt	75	35,5	134	63,5	209	
Tổng	189		211		400	

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) giữa kiến thức về dự phòng bệnh dại với thực hành của đối tượng nghiên cứu. Cụ thể là kiến thức của đối tượng càng tốt thì thực hành xử trí và dự phòng dại càng tốt và ngược lại. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của một số nghiên cứu trong nước của Bùi Văn Ủy (2015) tại Vĩnh Phúc[7], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắng (2019) tại Phú Yên [5].

KẾT LUẬN

Thực hành chung về xử trí sau phơi nhiễm với bệnh dại tốt chiếm 52,7%

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, kiến thức của đối tượng với thực hành xử trí sau phơi nhiễm với bệnh dại ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn, Bộ Y tế (2016). Chương trình quốc gia khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại giai đoạn 2017 - 2021.
2. Nguyễn Tiến Dũng và cộng sự (2014),

“Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành phòng, chống bệnh dại của người dân huyện Mai Sơn, tỉnh Sơn La năm 2014”, Tạp chí Y học Dự phòng tập XXVI, số 8 (181) 2016.

3. Nguyễn Thị Thanh Hương (2018), “Thực trạng bệnh dại ở người tại các tỉnh trung du miền núi phía Bắc và hiệu quả can thiệp truyền thông thay đổi hành vi trong trường học”, Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

4. Thủ tướng Chính phủ (2017), Chỉ thị 31/CT –TTg về việc tăng cường các biện pháp cấp bách phòng chống bệnh dại.

5. Nguyễn Thị Thắng, Nguyễn Minh Sơn (2019), “Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh dại của người dân huyện Tuy An, tỉnh Phú Yên năm 2019”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 128 (4) - 2020

6. Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Thái Nguyên (2019), Báo cáo tổng kết chương trình phòng chống bệnh dại.

7. Bùi Văn Ủy (2015), Kiến thức – thái độ – thực hành phòng chống bệnh dại của người dân nuôi chó và một số yếu tố liên quan của người dân hai xã Sơn Đông và Tử Du, huyện Lập Thạch, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2015, Luận văn Tiến sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.

8. WHO, Reported number of human rabies deaths, Website https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG GÂY LÒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI

NGUYỄN ĐÌNH THÀNH¹, ĐẶNG TRIỆU HÙNG², LÊ THỊ THU HẢI³

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng gãy lòi cầu xương hàm dưới giúp chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả hơn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu chùm ca bệnh được tiến hành trên

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đình Thành

Email: bsthanhrhmvp@gmail.com

Ngày nhận: 22/12/2020

Ngày phản biện: 19/01/2021

Ngày duyệt bài: 29/01/2021

32 bệnh nhân gãy lòi cầu xương hàm dưới được điều trị bảo tồn bằng vít neo chặn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 6/2019 - 10/2020.

Kết quả: Trong nhóm nghiên cứu thì nguyên nhân chính do tai nạn giao thông chiếm 90,63%. Triệu chứng lâm sàng: hạn chế há miệng chiếm 100%, đau chói vùng trước tai chiếm 96,88%, sưng nề bầm tím vùng mang tai chiếm 87,5%, tổn thương vùng cằm chiếm 78,13%.

Kết luận: Gãy lòi cầu xương hàm thường do tai nạn giao thông. Gãy lòi cầu kết hợp với tổn

thương xương hàm dưới vùng cằm chiếm tỷ lệ cao. Triệu chứng lâm sàng có giá trị chẩn đoán bao gồm hạn chế há miệng, đau chói vùng trước tai, sưng nề vùng mang tai

Từ khóa: Gãy lồi cầu xương hàm dưới.

SUMMARY

COMMENTED ON CLINICAL FEATURES OF LOWER JAW CONVEX FRACTURE

The goal of this study is to characterize the clinical features of a lower jawbone convex fracture to facilitate early diagnosis and effective treatment.

Subjects and research methods: Case study was conducted on 32 patients with lower jaw bone convex fracture conserving treatment with anchoring screw at Vinh Phuc Provincial General Hospital from June 2019 to October / 2020.

Results: In the research group, the main cause of traffic accident accounts for 90.63%. Clinical symptoms: limited opening of mouth accounts for 100%, dazzling pain in the pre-ear area accounts for 96.88%, swelling and bruising in the parotid area accounts for 87.5%, and damage to the chin area accounts for 78.13%.

Conclusion: Jaw fracture is often caused by traffic accident. Spherical convex fracture associated with lower jaw bone damage accounts for a high proportion. Clinical symptoms with diagnostic value include: limited opening of the mouth, dazzling pain in the anterior area, swelling of the parotid area.

Keywords: Fracture of the lower jaw bridge.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồi cầu xương hàm dưới nằm trong một cấu trúc giải phẫu quan trọng của vùng hàm mặt, đó là khớp thái dương - hàm. Ngoài ra, lồi cầu còn đóng vai trò quan trọng trong quá trình tăng trưởng của xương hàm dưới[1], [2], [3]. Do vậy, gãy lồi cầu sẽ ảnh hưởng đến chức năng của hệ thống nhai và từ đó có thể để lại các di chứng như loạn năng khớp, cứng khớp, rối loạn vận động hàm dưới, rối loạn tăng trưởng hàm dưới, sai khớp cắn... ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng ăn nhai và thẩm mỹ của bệnh nhân[4], [5]. Tùy vào từng trường hợp mà có thể lựa chọn điều trị bảo tồn và phẫu thuật lồi cầu. Vì vậy, việc nghiên cứu để phát hiện sớm trong chẩn đoán cũng như lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp là rất cần thiết. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng gãy lồi cầu xương hàm dưới trên các bệnh nhân điều trị bảo tồn bằng vít neo chặn giúp chẩn đoán sớm cũng như lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy LCXHD và có chỉ định điều trị bảo tồn bằng vít neo chặn có tuổi ≥ 12 chọn từ các bệnh nhân chấn thương xương hàm dưới được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 6/2019-10/2020.

Hồ sơ bệnh án và bệnh nhân sau khi điều trị chấn thương ở Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu chùm ca bệnh.

BN được khám lâm sàng các triệu chứng gãy lồi cầu xương hàm dưới: đau trước tai, sưng nề, chảy máu ống tai ngoài, vết thương phần mềm vùng cằm, hạn chế há miệng, khớp cắn.

Chụp X quang quy ước: Thẳng mặt, Panorama. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy sọ mặt với các lát cắt axial, coronal và dựng hình 3D.

Thông tin thu được ghi lại vào bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Nguyên nhân của chấn thương

Bảng 1. Phân bố gãy lồi cầu xương hàm dưới theo nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân		Số bệnh nhân	Tỷ lệ%	
Tai nạn giao thông	Xe máy	27	84,38	90,63
	Ô tô	0	0	
	Xe đạp	2	6,25	
Tai nạn lao động		1	3,13	
Tai nạn trong sinh hoạt		1	3,13	
Bạo lực		1	3,13	
Tổng		32	100	

Nhận xét: Phần lớn đối tượng nghiên cứu bị gãy lồi cầu do tai nạn xe máy (27 bệnh nhân chiếm 84,38 %). Tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động và bạo lực chỉ có 1/32 bệnh nhân chiếm 3,13%. Có 2 bệnh nhân bị tai nạn xe đạp (6,25%).

2. Triệu chứng lâm sàng gãy LCXHD

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng gãy lồi cầu xương hàm dưới

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tổn thương vùng cằm	25	78,13
Đau chói trước tai	31	96,88
Sưng nề, bầm tím vùng mang tai	28	87,5
Hở miệng	0	0
Hạn chế há miệng	32	100
Lệch đường giữa sang bên gãy	18	56,25
Khớp cắn chạm sớm bên gãy	16	50
Chảy máu ống tai	1	3,13

Mất hoặc giảm di động lồi cầu	3	9,38
Không thể đưa hàm qua lại	0	0
Cắn hở răng trước, chạm sớm răng sau hai bên	3	9,38

Nhận xét: Các dấu hiệu lâm sàng trong gãy lồi cầu xương hàm dưới gặp phải rất đa dạng. Hay gặp nhất là hạn chế há miệng chiếm 100%, đau chói vùng trước tai chiếm 96,88%, sưng nề bầm tím vùng mang tai chiếm 87,5%, tổn thương vùng cằm chiếm 78,13%

Các dấu hiệu lâm sàng ít gặp ở bệnh nhân nghiên cứu là: dấu hiệu mất hoặc giảm di động lồi cầu chiếm 9,7% và hõm chảo rộng không có trường hợp nào.

BÀN LUẬN

1. Nguyên nhân của chấn thương

Phần lớn đối tượng nghiên cứu bị gãy lồi cầu do tai nạn xe máy (27 bệnh nhân chiếm 84.38 %), đây cũng là nguyên nhân thường gặp nhất trong các nghiên cứu về chấn thương hàm mặt nói chung và gãy cổ lồi cầu nói riêng tại Việt Nam [6], [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông là 90.63% (84.38% do xe máy và 6.25% do xe đạp) có tỷ lệ tương đồng với nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông trong nghiên cứu của Hồ Nguyễn Thanh Chơn với 90% [6].

Trong mẫu nghiên cứu, tất cả bệnh nhân tai nạn giao thông đều có nguyên nhân do tai nạn xe gắn máy hai bánh và xe đạp, đây là phương tiện lưu thông phổ biến nhất ở nước ta hiện nay và cũng là nguyên nhân gây chấn thương thường xuyên nhất trong các tai nạn giao thông. Các nguyên nhân còn lại như tai nạn sinh hoạt chỉ chiếm tỉ lệ rất nhỏ (3.13%).

Triệu chứng lâm sàng gãy LCXHD:

Triệu chứng lâm sàng đau chói trước tai là dấu hiệu quan trọng gợi ý chẩn đoán gãy lồi cầu nói chung và gãy cổ lồi cầu nói riêng, dù rằng khảo sát trên phim X quang vẫn là cần thiết để thiết lập chẩn đoán cụ thể về vị trí gãy. Dấu hiệu đau chói trước tai được phát hiện khi thăm khám sờ, nắn vào vị trí lồi cầu. Dấu hiệu này cũng có thể phát hiện khi bảo bệnh nhân há miệng rồi dùng tay ấn nhẹ cằm từ trước ra sau và lên trên bệnh nhân sẽ thấy đau chói bên lồi cầu bị gãy. Bảng 3.2 cho thấy 100% bệnh nhân nghiên cứu có dấu hiệu lâm sàng đau chói trước tai và hạn chế há miệng. Triệu chứng hạn chế há miệng là dấu hiệu gặp thường xuyên ở những bệnh nhân chấn thương hàm mặt. Trong chấn thương gãy lồi cầu, hạn chế há miệng là do hệ thống các cơ nâng hàm như cơ cắn, cơ chân bướm trong bị tổn thương hoặc kích thích

dẫn đến các cơ co lại gây hạn chế há miệng.

Khi gãy cổ lồi cầu, vị trí gãy tương ứng ngoài da ở vùng trước tai, đồng thời đây là vị trí tương đối nông so với bề mặt da nên khi sờ vào vùng này cảm giác lạo xạo của ổ gãy và đau là triệu chứng khá thường gặp. Triệu chứng đau vùng trước tai khi sờ hay khi vận động hàm dưới tuy không phải là triệu chứng đặc hiệu trong việc chẩn đoán gãy cổ lồi cầu vì bệnh nhân có thể đau mà không có gãy xương, nhưng là một dấu hiệu gợi ý tương đối quan trọng, nhất là khi bệnh nhân có chấn thương vào vùng cằm theo cơ chế chấn thương của Lindahl [8]. Thông thường, khi mới gãy xương bệnh nhân rất đau với dấu hiệu đau chói. Triệu chứng đau sẽ giảm dần theo thời gian và nếu bệnh nhân đến muộn sau chấn thương vài tuần thì triệu chứng đau còn rất ít hoặc thậm chí là không ghi nhận được. Các dấu hiệu có nhiều bệnh nhân mắc phải tiếp theo là: 87,5% sưng nề, bầm tím vùng mang tai và 78,13% tổn thương vùng cằm. Các dấu hiệu lâm sàng ít gặp ở bệnh nhân nghiên cứu là: dấu hiệu mất hoặc giảm di động lồi cầu với 9,38% và hõm chảo rộng 0% bệnh nhân mắc.

KẾT LUẬN

Gãy lồi cầu xương hàm thường do tai nạn giao thông. Gãy lồi cầu kết hợp với tổn thương xương hàm dưới vùng cằm chiếm tỷ lệ cao. Triệu chứng lâm sàng có giá trị chẩn đoán bao gồm hạn chế há miệng, đau chói vùng trước tai, sưng nề vùng mang tai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bruckmoser E and Undt G (2012), "Management and outcome of condylar fractures in children and adolescents: A review of the literature", *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 114(5), pp. 86-106.
2. Deleyiannis FW et al (2006), "Open reduction and internal fixation of dislocated condylar fractures in children: long-term clinical and radiologic outcomes", *Ann Plast Surg.* 57(5), pp. 495–501.
3. Sawhney R et al (2013), "Condylar fractures", *Otolaryngol Clin North Am.* 46(5), pp. 779-790.
4. Ellis E III et al (2000), "Surgical Complications With Open Treatment of Mandibular Condylar Process Fractures", *J Oral Maxillofac Surg.* 58, pp. 950–958.
5. Marker P et al (2000), "Fractures of the mandible condyle. Part 2: Results of treatment of 348 patients", *Br J Oral Maxillofac Surg.* 38, pp. 422–426.

6. Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2004), *Điều trị bảo tồn gãy lồi cầu xương hàm dưới*, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược TP.HCM.

7. Phạm Dương Châu (2000), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật 88 trường hợp gãy lồi cầu xương hàm dưới", *Tạp chí Y học Việt Nam*,

Chuyên đề răng hàm mặt. 8(9), tr. 47-49.

8. Lindahl L (1977), "Condylar fractures of the mandible. I. Classification an relation to age, occlusion, and concomitant injuries of teeth and teeth-supporting structures, and fractures of the mandibular body", *Int J Oral Surg*. 6(1), pp. 12-21.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH HIẾM GẶP: VIÊM PHỔI DO VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP CÓ TỔN THƯƠNG VIÊM PHỔI KẼ LAN TỎA Ở TRẺ EM

ĐINH VIỆT BẮC¹, LÊ TRUNG THỌ²,
TRẦN THỊ TUẤN ANH², DƯƠNG MINH PHƯƠNG²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Virus hợp bào hô hấp (RSV) là nguyên nhân phổ biến nhất gây nhiễm trùng đường hô hấp dưới do virus. Nó ảnh hưởng đến mọi người ở mọi lứa tuổi, và có thể gây ra bệnh nặng ở trẻ sơ sinh, ở trẻ lớn hơn và người già suy giảm miễn dịch. Viêm đường hô hấp dưới do RSV là một nhiễm trùng gây biến đổi biểu mô phế nang và lòng phế nang thuộc nhóm bệnh phổi kẽ (ILD) liên quan đến rối loạn cấu trúc phế nang ở trẻ em. Đặc điểm tổn thương của các bệnh lý này cần bằng chứng mô học từ các sinh thiết mô phổi, đặc biệt khi kết hợp các đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh hoặc đáp ứng điều trị không đủ để kết luận chẩn đoán. Trường hợp chúng tôi báo cáo là một trẻ nữ, 06 tuổi, từng được chẩn đoán lao phổi AFB âm tính đủ tiêu chuẩn, có tổn thương đông đặc ở phổi phải. Mô bệnh học của tổn thương đông đặc này có đầy đủ hình thái của bệnh lý viêm phổi do virus hợp bào hô hấp kết hợp với bệnh phổi kẽ ở trẻ em.

Từ khóa: Viêm phổi do virus hợp bào hô hấp – RSV, viêm phổi kẽ lan tỏa ở trẻ em.

SUMMARY

CASE REPORT: RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS PNEUMONIA COMBINE DIFFUSE INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN CHILDREN

Chịu trách nhiệm: Đinh Việt Bắc

Email: drlonglive@gmail.com

Ngày nhận: 10/12/2020

Ngày phản biện: 07/01/2021

Ngày duyệt bài: 25/01/2021

Respiratory syncytial virus (RSV) is the most common cause of viral lower respiratory tract infection. It affects people of all ages, and can cause severe disease in infants, in older immunodeficient children and the elderly. The lower respiratory tract infection caused by RSV is an infection that alters alveolar epithelium and alveoli in the group of interstitial lung disease (ILD) associated with alveolar structural disorders in children. The diagnosis characterization of these diseases require histological evidence from lung tissue biopsies, especially when a combination of clinical features, imaging, or therapeutic response is insufficient to conclude the diagnosis. The case we reported was a female, 06 years old, once diagnosed pulmonary tuberculosis with negative AFB, she had a solid lesion in the right lung. The histopathology of this lesion has a full morphology of respiratory syncytial virus pneumonia associated with interstitial lung disease in children.

Keywords: Respiratory syncytial virus pneumonia, diffuse interstitial lung diseases in children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus hợp bào hô hấp là nguyên nhân gây nhiễm trùng hô hấp dưới hàng đầu ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 2 tuổi, với tỷ lệ tử vong cao hơn ở trẻ từ 1 – 6 tháng tuổi. Trẻ lớn nhiễm bệnh thường biểu hiện nhẹ hơn và có thể tự kiểm soát. Bệnh có thể gây ra tổn thương phế nang lan tỏa [1]. Trong các tổn thương phổi kẽ lan tỏa ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, có phân nhóm bệnh phổi kẽ liên quan cấu trúc phế nang, trong đó có biến đổi biểu mô phế nang và lòng phế nang do

nguyên nhân nhiễm trùng bao gồm cả nhiễm RSV [1]. Ngoài những bằng chứng về lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh thì mô bệnh học mảnh sinh thiết là rất quan trọng để xác định các tổn thương này. Trường hợp báo cáo trong bài viết có tổn thương mô học điển hình của biến đổi biểu mô phế nang kèm nhiễm RSV. Nắm vững về trường hợp bệnh này sẽ giúp chẩn đoán loại trừ các trường hợp có tính chất tương tự.

TÓM TẮT TRƯỜNG HỢP BỆNH

Trẻ nữ, 06 tuổi, nhập viện nội trú tại Bệnh viện Phổi Trung ương lần đầu tiên vào ngày 03/7/2019, mã số bệnh án 1907001157. Trẻ có diễn biến bệnh trước vào viện hơn 1 tháng, với biểu hiện ho hung hắng, không có đờm, không ho ra máu, không sốt, không đau ngực, biểu hiện chủ yếu là khó khè, khó thở nhẹ, thường xuyên, mệt mỏi, ăn uống kém, gầy sút 03kg/ 1 tháng. Trẻ được điều trị 02 đợt kháng sinh ở tuyến cơ sở nhưng bệnh không cải thiện, tổn thương Xquang ngực không thay đổi sau đó được chuyển tuyến lên BV Phổi Trung ương với chẩn đoán theo dõi lao phổi. Tiền sử bản thân trẻ chưa phát hiện bệnh lý bẩm sinh, gia đình không ai mắc lao, trẻ không tiếp xúc với người mắc lao.

Khám vào viện trẻ tỉnh, không sốt, không xuất huyết dưới da, không phù, không có hạch ngoại vi, thể trạng trung bình, da niêm mạc nhợt nhạt. Phổi giảm thông khí hai bên, rải rác ral ẩm hai bên, tim đều, T1, T2 rõ. Các cơ quan khác không phát hiện bất thường.

Các chỉ số sinh hóa và huyết học trong giới hạn bình thường

Hình ảnh CT: Xẹp thùy dưới phổi phải, có hình ảnh cắt cụt phế quản tương ứng, không quan sát thấy tổn thương bất thường nhu mô hay mạch máu. Đáy phổi phải dày, tương ứng trên siêu âm màng phổi có tràn dịch màng phổi số lượng ít.

Hình ảnh qua nội soi phế quản: Có hình ảnh đè ép từ ngoài vào phế quản thùy dưới và giữa phải.

Các xét nghiệm vi sinh có Quantiferon TB âm tính, các xét nghiệm AFB, Xpert, LPA đờm và dịch phế quản âm tính.

Trẻ được chẩn đoán lao phổi AFB âm tính và điều trị thuốc lao theo phác đồ cho trẻ em.

Sau 1 tháng điều trị, trẻ có nhập viện 1 lần vì ho nhiều, kiểm tra CT ngực, tổn thương không thay đổi và được chỉ định điều trị giảm ho, lòng đờm và tiếp tục phác đồ thuốc lao được chỉ định

Sau điều trị lao 06 tháng, trẻ được chụp lại Xquang và CT ngực, tổn thương xẹp thùy dưới phổi phải không thay đổi, kèm theo đông đặc

vùng trung thất trước cạnh tổn thương xẹp phổi, màng phổi phải dày. Trẻ được hội chẩn nội soi trung thất sinh thiết làm mô bệnh học chẩn đoán vào tháng 12/2019, trên nội soi cho hình ảnh khối đông đặc thùy dưới phải gây chèn ép phế quản thùy dưới và giữa phải, kết quả sinh thiết cho thấy 1 vùng tổn thương xơ hóa toàn bộ với tăng sinh chủ yếu là nguyên bào sợi. Trẻ có chỉ định can thiệp cắt tổn thương đông đặc, và phẫu thuật được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả giải phẫu bệnh khối đông đặc phù hợp với tổn thương do virus hợp vào hô hấp trên nền bệnh phổi kẽ lan tỏa ở trẻ em. Sau phẫu thuật, trẻ tỉnh, hồi phục tốt, được điều trị tiếp tục theo triệu chứng.

BÀN LUẬN

Bệnh phổi kẽ ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bao gồm các rối loạn hô hấp hiếm gặp diễn biến mạn tính. Những rối loạn này đặc trưng bởi biến đổi viêm và xơ hóa ảnh hưởng đến thành phế nang. Đặc điểm điển hình của của ILD bao gồm khó thở, thâm nhiễm lan tỏa trên Xquang phổi và xét nghiệm chức năng phổi bất thường với rối loạn thông khí hạn chế và/ hoặc giảm trao đổi khí. Nhiều bệnh lý gây giảm trao đổi khí cũng góp phần gây tổn thương phổi tiến triển và ILD. Do đó, khi chẩn đoán bệnh cần khai thác tiền sử phơi nhiễm, bệnh hệ thống và đặc điểm lâm sàng toàn diện để kết luận [1].

Đặc điểm lâm sàng của bệnh lý này ở nhóm tuổi 2 – 16 là không đặc hiệu, đôi khi chỉ biểu hiện là khó thở khi gắng sức. 4 triệu chứng phổ biến là các dấu hiệu về hô hấp, kèm theo tiến triển nhanh, thiếu oxy máu và thay đổi Xquang lan tỏa. Đồng thời cần phát hiện bệnh hệ thống, bằng chứng tăng áp phổi, dấu hiệu trào ngược dạ dày thực quản, viêm phổi hít, kèm theo cả tiền sử gia đình, các yếu tố phơi nhiễm từ môi trường. Vận dụng các xét nghiệm khác để thêm gợi ý chẩn đoán như thiếu máu và tăng hồng cầu lưới được nhìn thấy trong các hội chứng xuất huyết phổi. Bạch cầu ái toan ngoại vi gợi ý bệnh ký sinh trùng, quá mẫn, bệnh phổi bạch cầu ái toan và bệnh bạch cầu ái toan toàn thân [2].

Các đặc điểm lâm sàng của bệnh không đặc hiệu nên cần bổ sung các xét nghiệm cận lâm sàng như nghiệm pháp gắng sức có thể thực hiện ở trẻ lớn. Xquang phổi có thể bình thường hoặc có các bất thường không đặc hiệu. Có thể kiểm tra cả pH dịch dạ dày và khảo sát bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản.

Xét nghiệm chức năng phổi ở trẻ lớn: Mô hình thông thường bị hạn chế về mặt kinh điển, với FEV1 và FVC giảm, tỷ lệ FEV1/ FVC bình

thường hoặc thậm chí tăng và giảm thể tích phổi. DLCO thường giảm, và nếu tăng cao nên nghi ngờ xuất huyết phổi, thi thoảng vẫn có trường hợp trẻ bị rối loạn thông khí tắc nghẽn[2].

Siêu âm tim: Nên làm sớm để ước tính áp lực động mạch phổi và loại trừ các tổn thương tim của bệnh phổi kẽ hoặc tăng áp phổi. Các xét nghiệm máu được bổ sung để đánh giá các bất thường di truyền, chức năng miễn dịch, nghiên cứu kháng thể tự miễn (các trường hợp xuất huyết phổi, protein phế nang hoặc bệnh hệ thống), phơi nhiễm bụi hữu cơ môi trường (viêm phổi quá mẫn); và các tổn thương khác như thành phần ức chế men chuyển trong trường hợp nghi ngờ sarcoidosis. Trẻ càng nhỏ thì càng cần phân tích di truyền kĩ càng. Chụp CT độ phân giải cao cũng được chỉ định ở trẻ >5 tuổi, hợp tác với các bác sĩ trong việc bắt động, tuy nhiên, với những tổn thương lan tỏa có thể là hữu ích, còn với nhiều trường hợp có thể không có tổn thương hoặc tổn thương không đặc hiệu. Tổng hợp các xét nghiệm này và lâm sàng sẽ giúp cho chỉ định sinh thiết phổi dưới CT hay không[2].

Nội soi phế quản được thực hiện để lấy dịch BAL làm xét nghiệm nuôi cấy vi sinh thích hợp (vi khuẩn, nấm, vi rút), nhuộm dầu Red O (đại thực bào chất béo), nhuộm axit (tìm protein phế nang phổi), nhuộm sắt (màu xanh phổ cho haemosiderin trong đại thực bào) để chẩn đoán hội chứng xuất huyết phổi. Các tế bào dương tính với CD1a phù hợp với bệnh mô bào tế bào Langerhans. Một BAL chiếm ưu thế tế bào lympho với tỷ lệ CD4 / CD8 tăng cao (> 2) cho thấy bệnh sarcoidosis có liên quan đến phổi. Bất thường chuyển hóa có thể được chẩn đoán bằng BAL, ví dụ, đại thực bào màu xanh nước biển. Các sinh thiết qua nội soi phế quản ít khi được thực hiện ở trẻ em [2], [3].

Dựa vào cơ chế bệnh sinh, nguyên nhân, phương pháp chẩn đoán và điều trị,ILD ở trẻ em được phân loại như sau: 1)ILD liên quan đến phơi nhiễm; 2)ILD liên quan đến bệnh hệ thống; 3)ILD liên quan đến cấu trúc phế nang và 4)ILD đặc hiệu cho trẻ nhỏ [1].

Vai trò của nhiễm trùng, chủ yếu là virus, trong sự phát triển và tiến triển củaILD được báo cáo khá nhiều, cho thấy nhiễm virus tiềm ẩn có thể liên quan đến sinh bệnh học củaILD, thông qua việc nhắm vào biểu mô phế nang. Loại virus chính có liên quan bao gồm adenovirus, các thành viên họ virus herpes ở người (virus Epstein-Barr và cytomegalovirus) và virus hợp bào hô hấp [4]. Các vi rút khác cũng có thể liên quan như cúm A, viêm gan C

hoặc thậm chí là vi rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) ở trẻ em suy giảm miễn dịch [5].

Trong đó viêm phổi đường hô hấp dưới do RSV là một bệnh lý nhiễm trùng gây biến đổi biểu mô phế nang là lòng phế nang thuộc nhómILD liên quan đến rối loạn cấu trúc phế nang. Trong nhóm bệnh lýILD này, các thành phần cấu trúc phế nang có thể bị biến đổi, từ biểu mô phế nang, lòng phế nang để khoảng kẽ và mao mạch phổi với mức độ khác nhau. Tùy theo biểu hiện số có những biến đổi là chính trong từng bệnh lý. Nhóm bệnh lý gây ra biến đổi biểu mô phế nang chủ yếu là nhiễm trùng, rối loạn chất hoạt động bề mặt và bệnh phổi tăng bạch cầu ái toan, với tổn thương mô bệnh học bao gồm cấu trúc phổi vẫn được bảo tồn kèm theo quá sản phế bào II, thâm nhiễm xen kẽ các tế bào miễn dịch và tế bào viêm, có thể có các thành phần có nguồn gốc từ phức hợp lipid và protein chất hoạt động bề mặt.

Virus hợp bào hô hấp (RSV) là nguyên nhân phổ biến nhất gây nhiễm trùng đường hô hấp dưới do virus. Nó ảnh hưởng đến mọi người ở mọi lứa tuổi, và có thể gây ra bệnh nặng ở trẻ sơ sinh, ở trẻ lớn hơn và người già suy giảm miễn dịch. Điều đặc biệt của nhiễm trùng RSV là nguy cơ tái nhiễm vi rút có liên quan chặt chẽ với kháng nguyên hoặc chủng vi rút giống nhau. Vai trò của RSV trong sinh lý học của các rối loạnILD cũng như các cơ chế tồn tại của nó vẫn còn chưa được làm sáng tỏ [6]. Trong một nghiên cứu về mô bệnh học của nhiễm RSV ở người không được điều trị, virus vẫn tồn tại trong phế bào II [7]. Vậy nên nhuộm hóa mô miễn dịch với kháng thể đặc hiệu RSV của các mô từ sinh thiết phổi. Mô bệnh học tổn thương do RSV gây ra có đặc điểm nổi trội là tắc nghẽn đường thở, xuất hiện các tế bào khổng lồ nhiều nhân với thể vùi nội bào không điển hình, tròn, hồng, kèm viêm cấp tính, tổn thương hay gặp ở tiểu phế quản, phế bào I và II; tổn thương viêm hay tập trung vào các tiểu động mạch phế quản và phổi với tế bào viêm một nhân, lympho bào T, bạch cầu trung tính [8].

Ngoài các tổn thương nói trên nhómILD liên quan đến cấu trúc phế nang còn có thể hình ảnh tăng bạch cầu ái toan tại mô, ảnh hưởng đến thành phần mao mạch phế nang nhưng loạn sản mao mạch, u mạch tại phổi, rối loạn đông máu và xuất huyết phế nang lan tỏa. Tổn thương mô kẽ trong giai đoạn phục hồi tổn thương mô, các tế bào trung mô bị loại bỏ thay vào đó là các tế bào viêm giúp cân bằng nội môi tế bào bình thường. Quá trình sửa chữa bị điều

hòa trong ILD có liên quan đến sự tích tụ và rối loạn chức năng của các nguyên bào sợi trong khoảng kẽ [9].

Về trường hợp bệnh được báo cáo, với chẩn đoán lao phổi AFB âm tính ở trẻ em thời điểm trẻ biểu hiện bệnh lý là hoàn toàn phù hợp với triệu chứng lâm sàng về hô hấp, gầy sút cân, tổn thương phổi và tiền sử điều trị kháng sinh không giảm tổn thương, các xét nghiệm vi sinh lao đều âm tính. Đồng thời loại trừ được các căn nguyên nhiễm khuẩn khác. Trong quá trình điều trị lao, các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm và ổn định, tuy nhiên có 1 số đợt biểu hiện ho tăng là chủ yếu, có thể nhận định trẻ bị nhiễm virus hợp bào hô hấp trong những đợt bệnh lý này. Về tổn thương phổi của trẻ, hiện tại không xác định được thời gian bắt đầu có tổn thương, có thể tổn thương đồng đặc này là tổn thương bẩm sinh, mà trẻ có thể thích nghi được, do vậy, khi điều trị bệnh lý và triệu chứng, biểu hiện bệnh về lâm sàng giảm mà không có thay đổi về tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh.

Về đặc điểm mô bệnh học của tổn thương phổi phẫu thuật, có đầy đủ các đặc điểm của viêm phổi do RSV như sự xuất hiện các tế bào khổng lồ nhiều nhân trong kèm tổn thương cấp tính, thâm nhiễm lympho bào lan tỏa, tổn thương chủ yếu ở tiểu phế quản và phế nang. Và hình ảnh tăng sinh nguyên bào xơ ở khoảng kẽ, tổn thương cấu trúc phế nang và lòng phế nang kèm tăng bạch cầu ái toan là đặc trưng của ILD có tổn thương cấu trúc phế nang ở trẻ em.

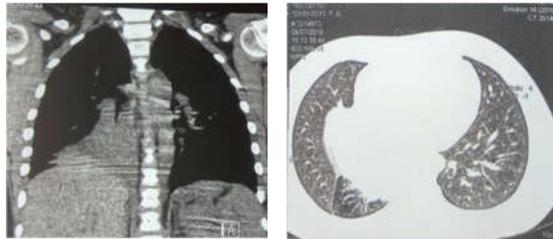
Vai trò của chẩn đoán giải phẫu bệnh tổn thương này là rất quan trọng và là cách duy nhất để tiếp cận chẩn đoán tổn thương này. Mảnh sinh thiết nhỏ qua nội soi sinh thiết không đại diện cho tổn thương để đưa ra kết luận chẩn đoán phù hợp cho người bệnh.

KẾT LUẬN

Viêm phổi do hợp bào hô hấp - RSV kết hợp với bệnh lý viêm phổi kẽ lan tỏa ở trẻ em là một trường hợp hiếm gặp, khó chẩn đoán với bằng chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu. Nhiễm trùng RSV được xác nhận là một nguyên nhân gây bệnh ILD ở trẻ em thuộc nhóm có tổn thương cấu trúc phế nang. Với hình ảnh mô bệnh học đặc trưng thể hiện vai trò của Giải phẫu bệnh trong chẩn đoán bệnh lý này ở trẻ em giúp loại trừ những căn nguyên gây bệnh thông thương khác.

Hình ảnh minh họa

Hình ảnh CT ngực: Xẹp thùy dưới bên phải và dày màng phổi phải



Hình ảnh Mô bệnh học tổn thương phổi được phẫu thuật

A: Hình ảnh mô phế nang bình thường (HE x 200)

B: Hình ảnh bạch cầu ái toan xen kẽ trong mô phổi và khoảng kẽ (HE x 400)

C: Hình ảnh tế bào khổng lồ trong vùng mô phổi có tăng sinh mạch (HE x 200)

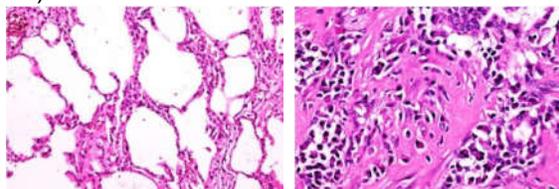
D: Hình ảnh tế bào khổng lồ trong vùng viêm tăng sinh lympho bào (HE x 200)

E: Vùng mô kẽ tăng sinh xơ (chủ yếu nguyên bào xơ) xâm nhập nhiều tế bào viêm (HE x 400)

F: Vùng mô tăng sinh mạch máu (HE x 200)

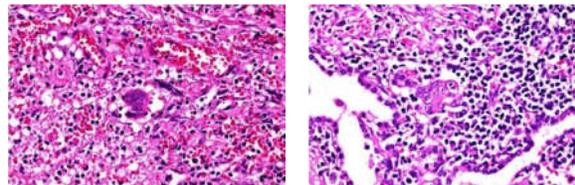
G: Vùng mô viêm tăng sinh lympho bào (HE x 200)

H: Vùng phế nang quá sản phế bào 2 (HE x 400)



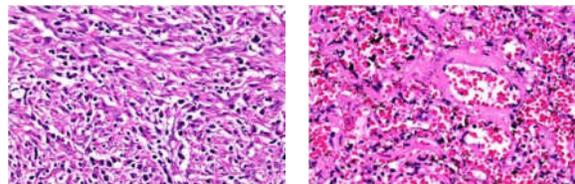
A

B



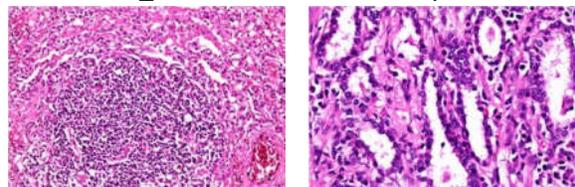
C

D



E

F



G

H

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Annick Clement N N, Ralph Epaud, et al (2010). "Interstitial lung diseases in children". *Orphanet J Rare Dis* 522.
2. Andrew Bush S C, Jacques de Blic, Angelo Barbato (2015). "European protocols for the diagnosis and initial treatment of interstitial lung disease in children". *Thorax*, 70 1078 - 1084.
3. Günay E F G S, et al. (2012). "Pulmonary involvement in sea-blue histiocytosis". *Tuberk Toraks*, 60 176 - 179.
4. Vannella KM M B (2008). *Viruses as co-factors for the initiation or exacerbation of lung fibrosis*,
5. HJ Z (2008). "Chronic lung disease in human immunodeficiency virus (HIV) infected children".

Pediatr Pulmonol, 1 1-20.

6. Welliver TP R J, Welliver RC (2008). "Respiratory syncytial virus and influenza virus infections: observations from tissues of fatal infant cases". *Pediatr Infect Dis J*, 27 (10) S92-96.
7. Johnson JE G R, Olson SJ, Wright PF, Graham BS (2007). "The histopathology of fatal untreated human respiratory syncytial virus infection". *Mod Pathol*, 20(1) 108 - 119.
8. Weisenberg E (2019). "Respiratory Syncytial Virus - RSV". *Lung - Nontumor - Pathologyoutlines.com*,
9. Laurent GJ M R, Hill M, Chambers R (2008). "Escape from the matrix: multiple mechanisms for fibroblast activation in pulmonary fibrosis". *Proc Am Thorac Soc*, 5(3) 311 - 315.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI NHÀ Ở HUYỆN CẦN GIUỘC, TỈNH LONG AN, NĂM 2020

NGUYỄN THỊ MỸ DUYÊN¹, HÒ HOÀNG VŨ²,
NGUYỄN MẠNH TUẤN², LÊ VĂN TÂM³, TRẦN THIỆN THUẬN²
¹Trung tâm Y tế huyện Cần Giuộc, Long An
²Trường Đại học Y dược TPHCM
³Phòng Y tế Quận 3 TPHCM

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tâm thần phân liệt là một bệnh gây rối loạn tâm thần mạn tính và nghiêm trọng. Việc chăm sóc bệnh nhân tâm thần phân liệt tại nhà đồng thời là gánh nặng đối với người thân. Sau một thời gian chăm sóc, các thành viên trong gia đình sẽ ảnh hưởng về tinh thần và thể chất đáng kể. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) và các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của người chăm sóc chính bệnh nhân tâm thần phân liệt để từ đó có thể cung cấp thông tin góp phần cải thiện CLCS, đề xuất các phương án can thiệp hỗ trợ phù hợp.

Mục tiêu: Xác định điểm số CLCS và các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của người chăm sóc chính bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên đối tượng người

chăm sóc chính cho bệnh nhân tâm thần phân liệt tại nhà ở huyện Cần Giuộc, tỉnh Long An. Sử dụng sử dụng thang đo WHOQOL-BREF.

Kết quả: Nghiên cứu thu thập được 285 người chăm sóc chính bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng tiêu chí chọn mẫu với kết quả điểm số CLCS trung bình là $58,84 \pm 11,21$ điểm thấp hơn tiêu chuẩn CLCS tốt là ≥ 60 điểm. Có mối liên quan giữa điểm số CLCS với tuổi, giới tính, thời gian chăm sóc, trình độ học vấn, tình trạng công việc của của người chăm sóc chính bệnh nhân TTPL.

Kết luận: Cần có sự hỗ trợ, can thiệp để cải thiện chất lượng cuộc sống của người chăm sóc bệnh nhân TTPL trong Chương trình mục tiêu y tế Chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt, người chăm sóc, WHOQOL-BREF.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND ITS RELATED FACTORS IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT CẦN GIUỘC DISTRICT, LONG AN PROVINCE, 2020

Backgrounds: Schizophrenia is a serious

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Mỹ Duyên
Email: duyenttytgc@gmail.com
Ngày nhận: 23/12/2020
Ngày phản biện: 14/01/2021
Ngày duyệt bài: 26/01/2021